

R+V Allgemeine Versicherung AG
Niedersachsenring 13 · 30163 Hannover
Telefon (05 11) 67 08-87 70
Telefax (05 11) 67 08-77 498

Unfallanzeige

▼ Bitte unbedingt ausfüllen ▼

Versicherungs-Nummer

4 0 5 / 1 1 / 5 4 2 7 0 4 7 0 5

▼ Wird von R+V ausgefüllt ▼

Schaden-Nummer

1. Versicherungsnehmer

 Anschrift
2. Mitglieds-Nr.
 Verletzte Person
 Anschrift
 Bank
 Geburtsdatum
 Telefon tagsüber
 Mobil-Telefon
 IBAN
3. Unfalldatum Uhrzeit Unfallort Berufsunfall
 Freizeitunfall
4. Wann und durch wen erfolgte erste ärztliche Hilfe? Datum Uhrzeit Name und Anschrift des Arztes
5. Dauer der unfallbedingten stationären Behandlung im Krankenhaus? Aufnahme-tag Entlassungstag Name und Anschrift des Krankenhauses
6. Dauer der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit? vom bis
7. Wer ist jetzt der behandelnde Arzt? Name und Anschrift
8. Wer ist der Hausarzt? Name und Anschrift
9. Art der Unfallverletzungen?
10. Bitte schildern Sie den Unfallhergang ausführlich!
11. Wurde der Unfall durch eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z. B. Ohnmacht, Schwindelanfall, Krampfanfall oder dergleichen) verursacht? ja nein
12. Hatte die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol getrunken? ja nein
 Wurde eine Blutprobe entnommen? ja nein
 Ergebnis? %
 Stand die verletzte Person unter Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluss? ja nein
13. Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen? Anschrift Aktenzeichen
14. Bestehen oder bestanden bei der verletzten Person Krankheiten oder Beeinträchtigungen? ja nein
 Wenn ja, welche und seit wann?

 Hatte die verletzte Person schon früher Unfälle? ja nein
 Wenn ja, wann und welche Verletzung?

15. Bestehen noch weitere Unfallversicherungen? ja nein
 Wenn ja, bei welcher Gesellschaft? Anschrift und Versicherungsnummer

16. Welcher Berufsgenossenschaft gehört die verletzte Person an? Anschrift und Aktenzeichen
 Wurde der Unfall dort gemeldet? ja nein

17. Wo ist die verletzte Person krankenversichert? Anschrift und Aktenzeichen

18. **Die folgenden Punkte sind nur bei Verkehrsunfällen auszufüllen**

amtliches Kennzeichen Fahrzeugart Fahrgestell-Nr.

Name des Fahrzeuglenkers Hatte dieser zum Unfallzeitpunkt den erforderlichen Führerschein? ja nein

Führerschein-Klasse ausstellende Behörde Führerschein-Nr.

Hatte der Fahrzeuglenker Alkohol getrunken? ja nein
 Wurde eine Blutprobe entnommen? ja nein
 Ergebnis? ‰

Stand der Fahrzeuglenker unter Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluss? ja nein

Sie sind verpflichtet, wahre und vollständige Angaben zu machen. Eine Nichtbeachtung dieser Verhaltenspflichten (Obliegenheiten) hat für Sie die folgenden Konsequenzen:

Verletzen Sie eine der Obliegenheiten vorsätzlich, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

Verletzen Sie eine der Obliegenheiten grob fahrlässig, sind wir berechtigt, unsere Leistungen in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Ist im Falle der vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheiten diese weder für den Eintritt oder die Feststellungen des Versicherungsfalles, noch für die Feststellungen oder den Umfang unserer Leistungspflichten ursächlich, bleiben wir zur Leistung verpflichtet. Letzteres gilt jedoch nicht für den Fall, dass Sie arglistig gehandelt haben.

Einfach fahrlässige Verletzungen einer Obliegenheit haben keinen Einfluss auf unsere Leistungspflicht.

Um den Leistungsfall bearbeiten zu können, müssen wir die uns mitgeteilten personenbezogenen Daten in unseren Systemen speichern. Der Schutz und der sorgfältige Umgang mit personenbezogenen Daten ist uns dabei besonders wichtig. Das Merkblatt zur Datenverarbeitung für die Leistungsbearbeitung in der Unfallversicherung erläutert die Verarbeitung von personenbezogenen Daten bei den Unternehmen der R+V Versicherungsgruppe.

Sie finden es unter https://www.ruv.de/static-files/ruvde/downloads/datenschutz/datenschutzmerkblatt_unfallversicherung_de.pdf oder können es bei der R+V Allgemeine Versicherung AG, Abteilung Unfall-Schaden, Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden anfordern.

Ort und Datum

Unterschrift des Mitglieds (bei Kindern bis 15 Jahren – Unterschrift gesetzlicher Vertreter)

Ärztliches Attest – nur vom Arzt auszufüllen –

Name _____ Vorname _____ geb. _____

war **wegen der Folgen des Unfalles vom** _____

arbeitsunfähig vom _____ bis _____

in **ambulanter** Behandlung vom _____ bis _____

in **stationärer** Behandlung vom _____ bis _____

Diagnose: _____

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes